

****Favor de revisar y hacer correcciones a la información siguiente donde sea necesario.****

Registro de Paciente

Información de Paciente – favor de escribir claramente

Apellido: _____
Primer Nombre: _____
Segundo Nombre: _____
Apellido de Soltera (si procede): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____
Teléfono de Trabajo: (_____) _____ - _____
Teléfono Móvil: (_____) _____ - _____
Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____

Email de Paciente: _____
Preferencia de Ser Contactado: **Teléfono de Casa / Teléfono de Trabajo / Teléfono Móvil / Portal / Email**

Idioma Principal: _____

Raza: _____

Etnicidad (marque su respuesta): **Mexicanx/Americanx mexicanx/Chicanx | Puertorriqueñx**

Cubanx | Otro/a Latinx | No Latinx | Declino responder

Estado Civil (marque su respuesta): **Soltero | Casado | Pareja de**

Hecho | Divorciado | Viudo | Otra: _____

Estatus de Estudiante (marque su respuesta): **Tiempo Completo | Tiempo Parcial | No Procede**

¿Reside en una vivienda pública o está viviendo actualmente sin hogar?
 No Vivienda Pública Sin Hogar

¿Eres un veterano? Sí No

Información de Seguro Médico Primario

Nombre del Plan de Seguro: _____
Número de Asegurado: _____
Número de Grupo: _____
Relación de Paciente al Asegurado (marque su respuesta): **Yo | Hijo/a | Cónyuge**

Afirmo que la información anterior es completa y correcta.

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____
Relación al paciente: _____
Teléfono: (_____) _____ - _____

Información de Trabajo

Nombre de Empresa: _____
Teléfono de Empresa: (_____) _____ - _____

Información de Cónyuge (si procede)

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____
Teléfono: (_____) _____ - _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de Farmacia

Información de Farmacia: _____
Dirección de Farmacia: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Farmacia: (_____) _____ - _____

Información de Seguro Médico Secundario

Nombre del Plan de Seguro: _____
Número de Asegurado: _____
Número de Grupo: _____
Patient Relación de Paciente al Asegurado (marque su respuesta): **Yo | Hijo/a | Cónyuge**

Firma _____ Fecha: _____